

## Критерии риска психоза в общей популяции: частая неверная интерпретация и текущие доказательства

Исследование по раннему выявлению и лечению психозов входит в свое третье десятилетие. Его результаты все больше реализуются в клинической практике<sup>1,2</sup>, а пробный синдром, смоделированный по описанию «ослабленных психотических симптомов – attenuated psychotic symptoms» (APS) в группе ультравысокого риска, был включен в Секцию 3 («Состояния, требующие дальнейшего изучения») в DSM-5.

Большое количество доказательств свидетельствуют о том, что: а) симптоматические критерии риска психоза – в частности, критерии APS и «острых транзиторных психотических симптомов – brief intermittent psychotic symptoms» (BIPS), а также базовый симптоматический критерий «расстройство мышления – cognitive disturbances» (COGDIS) связаны со значительно повышенным риском психоза в клинической выборке, даже в сравнении с пациентами без критериев риска психоза из того же учреждения<sup>1</sup>, и б) специфические психологические и фармакологические мероприятия уменьшают частоту перехода в психоз у взрослых пациентов с критериями риска психоза в сравнении с контрольными состояниями и улучшают психосоциальное функционирование, хотя и не в значительно большей степени, чем при контрольных состояниях<sup>2</sup>.

Но все же указанный превентивный подход продолжают критиковать при рассмотрении через призму эпидемиологических данных<sup>3</sup>. В связи с этим внимание, главным образом, фокусируется на критериях APS<sup>4</sup>. Главная причина несоответствия клинической и эпидемиологической точек зрения, скорее всего, происходит из различий в оценке. До недавнего времени эпидемиологические исследования в большей степени использовали самоотчетные анкеты или стандартизированные непрофессиональные интервью для оценки «психозоподобных переживаний – psychotic-like experiences» (PLEs)<sup>4,5</sup>, которые обычно приравниваются критиками к ослабленным психотическим симптомам<sup>3</sup>. Все же исследование путем анкетирования в значительной степени переоценивают распространенность PLEs даже по сравнению с исследованиями путем непрофессиональных интервью<sup>5</sup>, и еще в большей степени по сравнению с клинической оценкой APS с использованием инструментов оценки риска психоза<sup>6</sup>.

Следовательно, PLEs не является приемлемой заменой для APS/BIPS, рассматриваемых в клинических исследованиях, а вывод – основанный на неверном допущении о равенстве этих явлений, – что психотические переживания являются «трансдиагностическим признаком психопатологии» и «показателем тяжести непсихотических состояний»<sup>3</sup>, должен рассматриваться как необоснованный, если относиться к APS/BIPS, оцененным в клинических исследованиях риска психоза.

Ко всему прочему, эпидемиологические исследования обычно оценивают наличие PLEs, но не их течение или частоту, как следствие, игнорируя ключевые условия критериев APS/BIPS. Действительно, первое достаточно репрезентативное популяционное исследование (N=2683) взрослых людей (16–40 лет), у которых критерии риска психоза<sup>4</sup> были оценены обученными клиницистами с использованием общепринятых инструментов раннего выявления, задокументировало, что, хотя 11,96% (N=321) испытуемых отмечали какие-либо APS/BIPS в течение жизни и 7,53% (N=202) – какие-либо текущие, только 0,56% (N=15) удовлетворяли критериям APS (включая начало или ухудшение симптомов в течение последних 12 мес и их появление как минимум еженедельно за последний месяц). Лицо, удовле-

творяющее критериям APS, также соответствовало критериям BIPS (включая начало симптомов в течение последних 3 мес и их появление ежемесячно на несколько минут)<sup>4</sup>.

Следовательно, факт, что ослабленные психотические явления могут иногда происходить у людей из общей популяции, не имеющих психического расстройства в прошлом или настоящем, не исключает значимости критериев APS, обозначая его как отдельный и довольно редкий синдром при удовлетворении дополнительных условий течения и частоты. Такие условия обычно являются частью определений психических расстройств, если они основаны на явлениях, которые могут иногда также происходить в повседневной жизни, например такие, как пониженное настроение, грусть и безнадежность, или эйфория, или страх.

Другой чертой, которой критерии риска психоза похожи на психические расстройства, является их частое возникновение вместе с другими расстройствами, в частности, депрессивным и тревожным расстройствами, с распространенностью 29–94% в клинической практике<sup>1,2</sup> и 45% в общей популяции<sup>4</sup>. Возражение, что APS – это только показатель тяжести непсихотических расстройств<sup>3</sup>, не соответствует факту, что депрессия и тревожность часто происходят из других психических и соматических расстройств<sup>7</sup>, включая неаффективные психозы<sup>8</sup>.

В действительности, анализ психиатрических коморбидностей в течение разных стадий шизофрении подтвердил частую сочетаемость тревоги или депрессивного расстройства в течение всего заболевания, включая продромальный период<sup>8</sup>. На основании этих данных был сделан вывод, что депрессивные и некоторые тревожные симптомы являются «внутренними для заболевания и приносят худший исход»<sup>8</sup>. Следовательно, сочетание критериев риска психоза и других психических расстройств вполне могли бы быть «обобщены как базовые различия в тяжести комплексной психопатологии», причем депрессия и/или тревожность в большей степени, чем менее частые APS/BIPS, служат трансдиагностическими маркерами тяжести.

Необходимо провести продольные когортные исследования с использованием валидного психопатологического обследования, которое вполне сравнимо с клиническим, чтобы лучше осветить взаимодействие и последовательность во времени критериев риска психоза и непсихотических психических расстройств.

В частности, в качестве критики подхода к риску психоза с эпидемиологической точки зрения<sup>3</sup>, подход со стороны основных симптомов – особенно COGDIS, который недавно был предложен для оценки риска психоза вместе с APS и BIPS в контексте рекомендации Европейской психиатрической ассоциации<sup>1</sup>, – обычно остается неупомянутым. COGDIS и APS в равной степени привычны в клинической<sup>1,9</sup> и общественной выборках<sup>4</sup>, часто сочетаются и вместе приводят к значительно повышенному риску психоза, но не других психических расстройств в клинической выборке. Все же, из-за их явного достоинства<sup>1,4,10</sup>, основные когнитивные симптомы не могут быть отнесены к «второстепенным психотическим симптомам» или к «психотическим переживаниям», и, как следствие, критика, основанная на данных по PLEs, не может быть распространена на них.

В заключение, сейчас является неоспоримым, что необходимо проведение в большем количестве как эпидемиологических, так и клинических исследований для улучшения прогнозирования и предупреждения психоза<sup>1,2</sup> и для того, чтобы разобраться в динамической взаимосвязи

между критериями риска психоза и психическими расстройствами, большая часть последней критики подхода со стороны риска психоза<sup>3</sup> отражает предубеждения и заблуждения в понимании эпидемиологических и клинических данных, а также не согласуется с современными доказательствами.

**Frauke Schultze-Lutter<sup>1,2</sup>, Joachim Klosterkötter<sup>3</sup>, Wolfgang Gaebel<sup>2</sup>, Stefanie J. Schmidt<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup>University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland; <sup>2</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical Faculty, Heinrich-Heine University, Dusseldorf, Germany; <sup>3</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne, Cologne, Germany

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

(World Psychiatry 2018;17(1):107-108)

## Библиография

1. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ et al. Eur Psychiatry 2015;30:405-16.
2. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG et al. Eur Psychiatry 2015;30:388-404.
3. van Os J, Guloksuz S. World Psychiatry 2017;16:200-6.
4. Schultze-Lutter F, Michel C, Ruhrmann S et al. Psychol Med (in press).
5. Linscott RJ, van Os J. Psychol Med 2013;43:1133-49.
6. Schultze-Lutter F, Renner F, Paruch J et al. Psychopathology 2014;47:194-201.
7. Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US et al. J Clin Psychiatry 2002;63:126-34.
8. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS et al. Schizophr Bull 2009;35:383-402.
9. Michel C, Ruhrmann S, Klosterkötter J et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (in press).
10. Schultze-Lutter F, Theodoridou A. World Psychiatry 2017;16:104-5.

DOI:10.1002/wps.20498

# Преодоление дихотомии цифрового здоровья на имеющееся и желаемое

Будущее цифрового здравоохранения видится светлым. Страсть к приложениям для смартфонов, виртуальной реальности, искусственному интеллекту, машинному обучению и многому другому в области здравоохранения больше не является узкоспециализированным интересом, а скорее массовым увлечением. От пациентских групп, создающих технологические решения для хронических заболеваний<sup>1</sup>, до больших технологических компаний, таких как Google, входящих в цифровой рынок здравоохранения<sup>2</sup>, цифровая медицина позволяет новым каналам и перспективам принять участие в улучшении здравоохранения. Но вместе с таким большим энтузиазмом и значительным количеством каналов в цифровом здравоохранении, оно может также быть не в состоянии отделить фактические намерения преуспеть от желаемых.

Попытка разграничить факты о цифровом здравоохранении от вымысла является несколько бессмысленной, принимая во внимание, что граница постоянно меняется с появлением новых изобретений. Пожалуй, будет более продуктивно рассмотреть спектр намерений цифрового здравоохранения: от уже имеющихся до желаемых. Здесь мы выделяем два простых фактора для облегчения принятия решения о том, где в данном спектре находятся эти намерения: а) целесообразность для целевой аудитории, б) поощрения, используемые для достижения какого-либо из заданных результатов.

При оценке любых намерений цифрового здравоохранения важно рассмотреть, совпадают ли общественные технологические требования для помощи с фактическими общественными требованиями. При поверхностном рассмотрении данного вопроса это звучит просто, но в эру краудсорсинговых интернет-исследований это растущая проблема. Одним из самых сложных аспектов классических клинических исследований является набор достаточного количества участников исследования. Интернет предлагает возможное решение этой проблемы, где реклама в Facebook или Craigslist может предложить сотни возможных участников, желающих поучаствовать в исследовании или опробовать новое приложение медицинского назначения<sup>3</sup>. Но кем являются эти «онлайн-лица», которых никогда не видела исследовательская команда?

В исследованиях психического здоровья была тенденция применять простые инструменты скрининга для диагностических критериев включения, например такие, как Опрос-

ник здоровья пациента-9 (Patient Health Questionnaire-9 – PHQ-9), никогда не предназначавшихся для диагностики<sup>4</sup>. Без подтверждения или исключения других физических или психических состояний становится гораздо проще присоединиться к онлайн-исследованию психического здоровья, даже если кто-то не имеет психического расстройства. Схожей проблемой является намерение цифрового здравоохранения, касающееся симптомов болезни, выявленных у тех, кто, возможно, не имеет заболевания. Что это значит – исследовать личные симптомы посттравматического стрессового расстройства у тех, кто, может быть, и не удовлетворяет диагностическим критериям этого расстройства<sup>5</sup>?

Пока имеется большая целесообразность в краудсорсинге или онлайн-исследованиях здоровья, а также в исследовании нетрадиционных показателей или классификациях заболеваний, важно осознавать отличия от классических исследований. В некоторых случаях онлайн-методы могут быть лучше традиционных исследований с личным контактом. Однако определение соответствия полученных результатов установленным определениям болезни является важным для принятия во внимание при решении о способности этих новых подходов действительно изменить к лучшему исходы пациентов в медицинских учреждениях. Новые подходы, создающие новые определения заболеваний и выделяющие новые группы риска по болезни, также являются важными, но их целебность требует дальнейших подтверждений и имеет меньшую практичность на сегодняшний день.

Другим фактором для рассмотрения при оценке намерений цифрового здравоохранения является роль поощрений для достижения этого результата. Опять же, на поверхности это звучит тривиально, но трудности в цифровой среде добавляют новые проблемы. Исследования в области цифрового здравоохранения дают принявшим в нем участие поощрения, которые могут быть новыми смартфонами, деньгами для использования устройств, дополнительными обучающими сессиями и др. Но что происходит, когда цифровая платформа для здравоохранения вступает в реальный мир, когда поощрения исчезают и когда нет внешнего интереса или внимания к пользованию кем-то этими технологиями? Последнее исследование приложения для мониторинга астмы сообщило, что хотя более 49 тыс. человек установили исследовательское приложение, лишь